EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr JULES WORMS

MÉDECIN HONORAIRE DE L'HOPITAL ROTHSCHILD
MÉDECIN EN CHEF DE LA Cie DU CHEMIN DE FER DU NORD
MÉDECIN DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE

A l'appui de sa candidature à l'Académie de médecine

PARIS
IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET
HOTEL MIGNON, RUE MIGNON, 2
—
1881

CONCOURS ET NOMINATIONS

1850-1853. Interne des hôpitaux de Strasbourg.

1853-1854. Préparateur du cours d'anatomie de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

1854-1858. Médecin aide-major au 4e régiment d'artillerie.

1858-1864. Médecin auxiliaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

1865-1875. Médecin de l'hôpital Rothschild.

1870. Médecin de la Préfecture de la Seine.

1875. Médecin en chef de la Cie du chemin de fer du Nord.

Lauréat à la Faculté de Strasbourg, 1852.

Lauréat de l'Institut (*Académie des sciences. Prix Bréant*, 1866).

Membre de la Société de médecine légale.

Membre de la Société de thérapeutique.

Membre de la Société de statistique

Membre de la Société clinique.

FONCTIONS DIVERSES

Chargé d'un service médical au 1er corps d'armée pendant la campagne de Crimée, 1855 et 1856.

Membre de la Commission supérieure des ambulances pendant le siège de Paris.

Chargé d'un service de statistique relatif à la mortalité de la ville de Paris de 1870 à 1880.

Délégué du Ministre de l'Intérieur au congrès d'hygiène de Bruxelles, 1876.

Membre de la Commission permanente de statistique municipale.

Membre de la Commission d'assainissement des Halles centrales. (Rapporteur.)

PUBLICATIONS

1. *Découverte de l'Acarus mâle de la gale de l'homme.*

(*Gazette médicale de Strasbourg*, juillet 1852.)

Le mode de reproduction de l'acarus *scabiei* et, partant, de la perpétuité de la gale était resté absolument inconnu jusqu'en 1852.

Eichstett avait bien signalé en 1846, mais sans détails précis, chez les malades atteints de cette affection parasitaire, un insecte de taille plus petite que ceux que l'on connaissait jusqu'alors et qu'il supposait être le mâle.

Dans le cours des recherches que je poursuivais depuis quelque temps sur ce sujet, j'ai trouvé en 1852 et décrit simultanément avec M. Lanquetin le sarcopte mâle de la gale de l'homme.

Les figures qui accompagnent ma publication, dessinées d'après mes préparations microscopiques, représentent avec l'exactitude voulue et pour la première fois, la conformation caractéristique de l'acarus mâle.

2. *De la gale.*

(Thèse pour le Doctorat. Strasbourg, déc. 1852.)

En poursuivant mes études sur l'histoire naturelle du sarcopte de l'homme, j'eus l'occasion de trouver un grand nombre d'insectes mâles. Il me fut possible de compléter certains détails de leur structure.

La planche qui accompagne ce deuxième mémoire les indique d'une façon très précise.

Les traités spéciaux qui ont été publiés depuis cette époque par les entomologistes l'ont reproduite.

Il paraîtrait, du reste, que les sarcoptes mâles ont été rarement retrouvés depuis lors.

Ces recherches m'ont permis de donner une description plus complète des sarcoptes.

J'ai pu décrire l'accouplement, la ponte des œufs, l'éclosion des jeunes insectes et leur transformation; indiquer le travail sous-épidermique qui forme les sillons, le temps nécessaire pour leur achèvement et déterminer par leur forme et leur longueur l'ancienneté de la maladie.

Frappé de cette particularité que les sarcoptes ne se logent que sur une petite étendue de la surface du corps humain (pieds, mains, régions pubiennes) et que, cependant, on trouve dans la gale une éruption vésiculeuse à de grandes distances des sillons, j'ai conclu à l'absorption d'un venin propre à l'acarus et déterminant des effets secondaires éloignés.

Cette hypothèse trouve sa justification dans l'observation suivante, mentionnée dans ce mémoire.

Des malades atteints de fièvre typhoïde, ayant contracté la gale dans le cours de cette affection, n'ayant dés lors qu'un pouvoir absorbant moindre, ne présentaient uniquement que des sillons, sans aucune éruption vésiculeuse secondaire.

Un nouveau moyen de traitement, qui m'avait donné de bons résultats et qui consiste à frictionner le corps avec de la brique pulvérisée et délayée dans de l'eau est signalé dans le travail.

3. *Traitement abortif du typhus.*

(Rapport au médecin en chef de l'armée de Crimée, février 1856.)
(*Archives du conseil de santé des armées.*)

Pendant l'épidémie de typhus qui a sévi sur l'armée de Crimée en 1855 et 1856, j'ai été successivement chargé du service médical d'un corps de troupe d'artillerie et d'un service dans les ambulances.

Mon rapport avait pour but de signaler au médecin en chef les effets très favorables que j'avais obtenus dans la première de ces fonctions sur les hommes atteints des symptômes prodromiques du typhus et auxquels j'avais administré l'ipecacuanha suivi du sulfate de quinine à la dose de 0,80 pendant plusieurs jours.

Sous l'influence de ce traitement, la maladie avait été enrayée chez tous les hommes qui avaient pu y être soumis ; cette troupe perdit très peu de malades, alors que les régiments campés dans le voisinage le plus immédiat étaient très éprouvés.

La même médication était sans effet dans le typhus confirmé. Les malades envoyés dans les ambulances à une période plus avancée de la maladie n'en retirèrent plus aucun bénéfice.

4. *Étranglement intestinal par une bride épiploïque.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1859.)

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme vigoureux et bien constitué, sans antécédents morbides, qui fut pris subitement d'une vive douleur dans l'hypocondre droit et succomba en quelques jours avec les accidents propres à l'occlusion intestinale.

L'autopsie démontra la présence d'une bride épiploïque qui entourait l'intestin et son mésentère et l'étranglait en décrivant un tour complet autour de lui, au point que le calibre intestinal était réduit à celui d'une grosse plume à écrire.

5. *Du sphacèle des membres consécutif à l'endocardite aiguë.*

(*Clinique européenne*, 1859.)

A l'époque de la publication de ce travail, l'histoire des embolies venait de naître. Le malade que j'ai étudié à l'hôpital du Gros-Caillou et dont j'ai publié l'observation, constituait un des premiers cas démontrant

les désordres lointains produits dans le système artériel par les inflammations de l'endocarde. Mais la maladie n'ayant pas déterminé la mort, contrairement à ce qui arrive dans la généralité des cas, l'embolie n'a pu être matériellement constatée que par le sphacèle du membre au-dessous de la poplitée, dont les battements exagérés témoignaient d'une interruption du courant sanguin dans le tronc tibio-péronier. La mortification des tissus a nécessité l'amputation du membre.

6. *De l'inflammation du canal thoracique.*

(*Gazette hebdomadaire*, 6 mai 1859.)

Ce travail a pour but de démontrer l'existence d'une phlébite primitive du canal thoracique. Il renferme un historique de la question. Jusqu'à cette époque, on n'avait observé encore que des phlébites secondaires à des altérations des organes voisins. J'ai rapporté l'histoire d'un malade chez lequel cette hypothèse n'est pas admissible. Le canal était rempli de pus, et il n'existait dans son voisinage aucun foyer purulent comparable à ce qu'avaient observé Andral, Gendrin et Velpeau dans les quelques faits qu'ils ont rapportés.

Il y avait bien un foyer sanieux dans la capsule surrénale gauche, et j'aurais pu croire que là était la lésion primitive et le point de départ des accidents; mais on sait que cette capsule surrénale se décompose très vite après la mort, et de plus il ne fut pas possible de suivre jusqu'à cet organe les vaisseaux lymphatiques remplis de pus qui s'y dirigeaient.

Quant aux ulcérations intestinales qui furent constatées à l'autopsie, il n'y eut pas lieu de les faire entrer en ligne de compte pour expliquer les phénomènes de suppuration des vaisseaux lymphatiques, car il n'y avait de pus ni dans les enveloppes intestinales ni dans les lymphatiques qui en partent.

Enfin, malgré la présence de caillots dans la veine sous-clavière, l'absence de lésions de la tunique interne de ce vaisseau ne permettait pas

de supposer que les accidents survenus dans le canal thoracique fussent consécutifs à l'obstruction de la veine sous-clavière.

Je me suis cru autorisé à conclure du fait observé que dans certains cas le canal thoracique est susceptible de s'enflammer et de produire du pus.

7. *Note sur l'empoisonnement par le sel d'oseille.*

(*Gazette des hôpitaux*, 1859.)

A propos d'un cas d'empoisonnement par cette substance causé par une erreur de pharmacie et pour lequel j'avais été appelé, j'ai étudié l'action du bicarbonate de soude comme contre-poison. Cet agent m'a paru avoir un effet plus rapide et plus sûr que la magnésie, qui est employée habituellement.

8. *De l'extirpation des kystes de l'ovaire.*

(Victor Masson, Paris, 1860.)

Jusqu'à l'époque où cette étude fut publiée, l'ovariotomie était proscrite en France. Elle n'était point considérée comme une opération avouable.

L'Académie de médecine l'avait flétrie énergiquement en 1856 dans une discussion mémorable où les chefs les plus illustres de la chirurgie française furent d'accord pour la condamner. Le mémoire rappelle les opinions émises par chacun d'eux.

Il y a un intérêt historique et on pourrait dire philosophique à les transcrire ici.

Voici comment ils s'exprimaient.

M. Malgaigne (*Bulletin de l'Académie*, 1856, p. 25) :

« Il a été beaucoup question en Amérique et en France de l'extirpa-

tion des kystes ovariques, opération qui me paraît trop radicale et de nature à mettre les femmes trop absolument à l'abri de toute récidive. Les statistiques alléguées ne prouvent rien; on sait ce que valent ces statistiques où tous les succès sont ramassés et où manque la liste des revers. »

M. Cruveilhier (*ibid.*, p. 90) :

« Il n'y a pas de traitement curatif pour les kystes multiloculaires, car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, ce serait leur extirpation, et, bien que cette extirpation des kystes de l'ovaire ait été, en quelque sorte, inspirée par l'isolement du kyste, par l'intégrité parfaite des organes environnants, par la facilité du procédé opératoire; bien qu'elle ait été pratiquée un assez grand nombre de fois avec succès, surtout en Angleterre et en Amérique, je ne pense pas que cette opération hardie doive prendre droit de cité en France. Le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires. »

M. Huguier (*ibid.*, p. 115) :

« Malgré les statistiques nous la repousserons (l'extirpation) d'une manière presqu'absolue, parce que. . »

M. Jobert (*ibid.*, p. 154) :

« L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application. »

M. Velpeau propose comme cinquième conclusion celle-ci :

« L'extirpation des ovaires malades est une opération affreuse qui doit être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles. »

M. Moreau (*ibid.*, p. 226) :

« Pour moi, je pense que cette opération doit être rangée dans les attributions des exécuteurs des hautes-œuvres, etc. »

Seul, M. Cazeaux, p. 281, faisait entendre ces paroles :

« Mais enfin n'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux

que d'abandonner les malades à une mort certaine? Je ne veux pas toucher à cette question, car je sais que ma réponse rencontrera dans cette enceinte peu de sympathie et que, pour la justifier, je serais obligé d'entrer dans de trop longs développements. Toutefois, je ne veux pas quitter cette tribune sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs contre l'extirpation des ovaires; avant de proscrire il faut examiner et l'on n'a pas suffisamment examiné. »

Ayant été frappé de l'injustice de cet arrêt, j'étudiai avec attention la pratique de l'ovariotomie en Angleterre, particulièrement celle de M. Spencer Wells, et je m'imposai le devoir de la faire accepter en France, où les malades atteintes de kystes de l'ovaire périssaient presque toutes privées, par le fait d'une aveugle prévention, d'une chance précieuse de salut.

C'est sous l'influence de ce sentiment que j'entrepris ce travail et que, pour amener les chirurgiens français à examiner attentivement la question, j'en rappelais les diverses phases et sa situation en 1860.

Plusieurs auteurs avaient déjà fait connaître en France les résultats généraux indiqués par des chirurgiens étrangers en matière d'ovario-particulièrement M. Chéreau (Esquisse historique sur l'ovariotomie; tomie, *Union médicale*, 1847) et Claude Bernard (*Archives générales*, 1856). Dans ce genre de travaux très consciencieux, leurs auteurs s'étaient surtout attachés au côté statistique de la question.

Passant en revue à mon tour la pratique des chirurgiens étrangers et faisant l'historique de l'ovariotomie en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, j'ai établi qu'on ne peut se défendre d'accorder souvent quelque valeur aux arguments qui dans ces pays ont été mis en avant pour légitimer ces audacieuses entreprises et d'ajouter même, dans beaucoup de cas, une foi très grande dans l'exactitude des faits annoncés.

Prenant pour point de départ la statistique de John Clay, de Birmingham (1860), où toutes les observations d'ovariotomie exécutées ou tentées, existant dans la science, sont distribuées dans des tableaux

séparés d'après le résultat qu'a fourni chaque fois l'opération; où la date de l'opération, le nom de l'opérateur, l'âge de la malade, son état au moment de l'opération, la marche et la durée de la maladie, le procédé opératoire, les détails de l'opération, l'examen de la tumeur, les symptômes ou accidents qui ont suivi l'opération, et finalement son issue définitive ont été consignés, j'ai étudié les principales observations, celles qui peuvent être considérées comme des types, recueillies par l'auteur anglais. Puis, j'ai fait suivre cette étude des réflexions suivantes :

« Si j'ai commencé par exposer des cas heureux d'ovariotomie, ce n'est assurément pas pour faire ressortir plus qu'il ne conviendrait les avantages de cette opération; j'ai voulu simplement dissiper un doute bien légitime que des exagérations d'enthousiasme ont pu jeter sur quelques succès réels, ceux-ci fussent-ils même fort restreints.

» Les revers seront dévoilés avec un égal empressement, comme cela doit être quand il s'agit de jeter quelque lumière sur un des problèmes les plus difficiles qui puissent être posés à la conscience et à la responsabilité du médecin.

» S'il était donc bien démontré que, dans quelques cas, l'ovariotomie a arraché à une mort certaine et prochaine des femmes atteintes de tumeurs enkystées qu'aucune autre médication n'aurait pu sauver, s'il était même prouvé que le nombre des malades rendues par ce moyen à la vie et à la santé dépasse celui des victimes de ce genre d'intervention chirurgicale, qu'en faudrait-il conclure quant à la légitimité de cette opération?

» On sait combien est profonde la dissidence qui règne au sujet de la solution de cette question.

» Mais que l'on compare les raisons qui ont pu déterminer les uns à proscrire l'extirpation à celles qui ont été mises en avant par les autres pour la justifier, et l'on verra facilement que, la plupart du temps, les premiers et les seconds se sont attachés à défendre des principes d'un ordre fort différent.

» Les adversaires de l'opération ont eu surtout en vue de chercher à

maintenir dans toute leur intégrité la confiance et le crédit qui entourent les chirurgiens dont la devise est : *primum non nocere.*

» Autoriser une tentative tellement hasardée que, indépendamment de ce que souvent elle ne pourrait être complétée, elle entraînerait assez fréquemment comme conséquence de mettre à la charge de l'opérateur la mort immédiate d'une patiente dont l'existence n'était pas très manifestement compromise, c'était à leurs yeux encourager une pratique pernicieuse pour la considération des chirurgiens et qu'aucun succès n'aurait pu justifier.

» On comprend que, si elle s'est placée à ce point de vue, l'assemblée scientifique qui, en France, représente et consacre les doctrines légitimes, devait proscrire, comme elle l'a fait aussi, une opération que certains chirurgiens étrangers avaient osé entreprendre quelquefois avec la légèreté la plus incroyable et la plus compromettante.

» Les défenseurs de l'opération ont fait ressortir, au contraire, que celle-ci avait eu pour effet de changer dans un assez grand nombre de cas une existence misérable et presque éteinte en une vie longue et brillante de santé, et ils ont prétendu que l'importance de tels avantages pour les malades devait l'emporter sur bien des inconvénients

« Vous qui condamnez l'ovariotomie, ont-ils dit, sous prétexte qu'elle ne
» peut pas toujours être achevée et qu'elle hâte la mort d'un certain
» nombre de malades qui auraient encore pu vivre pendant quelque
» temps, ne faites-vous pas tous les jours des opérations analogues et
» auxquelles succombent bon nombre de victimes? Vous non plus, vous
» n'êtes pas toujours certains de pouvoir terminer ce que vous entrepre-
» nez! Souvent, par contre, vous savez à l'avance et d'une façon presque
» certaine que, si le malade ne meurt pas des suites de votre interven-
» tion, la récidive l'emportera bientôt....

» Comparez les résultats que nous donnent ces grandes opérations
» (ablations de tumeurs cancéreuses, amputations pour lésions osseuses
» anciennes, etc.), et ceux que fournit l'ovariotomie, et vous trouverez
» que l'avantage n'est pas toujours de votre côté. »

« Ils font encore valoir pour la défense de leur doctrine que chaque extirpation de tumeur ovarique apporte un enseignement de plus, qu'une plus grande précision de diagnostic et les perfectionnements introduits dans le manuel opératoire ont déjà eu pour effet de diminuer le chiffre de la mortalité et le diminueront encore.

» Au surplus, ajoutent-ils, il arrive pour l'ovariotomie ce que l'histoire » de la médecine démontre être arrivé pour beaucoup des grandes » opérations reconnues très utiles aujourd'ui. Elles furent rejetées » d'abord, tolérées ensuite avec défiance, et acceptées seulement quand » l'évidence de leurs avantages avait pu vaincre la répugnance qu'inspire » toujours une innovation. »

Dans deux chapitres réservés, l'un, aux indications de l'extirpation, l'autre aux méthodes opératoires, j'ai étudié enfin avec le plus grand soin les indications et contre-indications de l'ovariotomie, telles qu'elles résultaient des travaux les plus récents et les plus complets d'alors, ceux des auteurs anglais; j'ai fait de même pour le manuel à suivre, les précautions à prendre avant l'opération et les complications qui peuvent en résulter.

Ces deux dernières parties de mon travail renferment les réflexions suivantes, qui forment la conclusion de mon étude, dont elles montrent le but :

« Si mes investigations ont été incomplètes, si, malgré des efforts sincères, ma confiance a été trompée par un mirage, d'autres seront peut-être plus habiles à arriver à la vérité absolue, et une contradiction sérieuse servirait bien à la science.

» Si, au contraire, une surveillance assidue fait tomber les soupçons et proclame la légitimité des succès, *on sauvera sans nul doute, un jour aussi dans notre pays quelques existences par l'ovariotomie.* »

Sur mes instances, M. Nélaton consentit à prêter son attention et l'appui de son autorité à mes efforts. Après la publication de mon travail, il

se rendit en Angleterre en 1861. Dès son retour, il fit à la Clinique une leçon qui décida du sort de l'ovariotomie en France.

9. *De diverses formes de purpura.*

(*Gazette hebd.*, 6 juillet 1860.)

Dans cette étude, j'ai décrit les phénomènes morbides qu'ont présentés trois malades atteints de purpura et que j'ai observés ou traités depuis quelques mois. Ces malades, tout en ayant offert le symptôme caractéristique de l'affection, c'est-à-dire l'ecchymose sous-cutanée, ont présenté des différences si notables dans la marche, la durée, la terminaison de la maladie que je suppose que la nature du mal n'a pas été la même dans ces trois cas.

Les trois malades étaient de jeunes soldats de l'hôpital militaire du Gros-Caillou; deux guérirent, le troisième succomba. A l'autopsie, je trouvai en outre de nombreuses ecchymoses dans différents tissus, une dégénérescence tuberculeuse de toutes les glandes lymphatiques profondes. J'ai pensé que l'altération de ces ganglions, qui contribuent à l'élaboration des éléments du sang, a été la cause première du purpura.

10. *Œdème de la glotte.*

(*Bull. Soc. anat.*, 1860.)

J'ai mis sous les yeux de la Société la langue et le larynx d'un soldat qui succomba par suite d'un œdème de la glotte.

Cet homme avait eu, un an auparavant, une angine qui s'est terminée par l'ouverture spontanée d'un abcès. Pris tout-à-coup de gène dans la respiration, et plus tard d'accès de suffocation, il entra à l'hôpital, où il succomba aux progrès rapides de l'asphyxie.

A l'autopsie, j'ai trouvé une tuméfaction considérable des glandes de la

base de la langue qui contenaient un liquide purulent, une tuméfaction considérable des amygdales, qui ont à peu près le volume d'un œuf de pigeon et dont le tissu est infiltré de pus, un œdème considérable des piliers postérieurs du voile du palais, qui ont un aspect gélatineux.

L'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques sont quadruplés d'épaisseur, et l'on voit de petits foyers purulents dans le tissu sous-muqueux. Dans le larynx, l'œdéme s'étend jusqu'aux cordes vocales inférieures et forme un bourrelet comparable à celui d'un paraphimosis. La cavité ventriculaire est presque effacée, et la muqueuse trachéale est rouge.

11. *Etude sur les notions physiologiques qui peuvent servir à l'histoire du diabète sucré.*

(*Union médicale*, 1860.)

Dans ce travail en collaboration avec M. Lucien Corvisart, je me suis proposé d'exposer d'une manière critique les progrés que les recherches physiologiques ont, dans les années précédentes, fait faire à la connaissance de la pathogénie intime du diabéte et au traitement de ce genre morbide. Dans un premier chapitre, j'ai passé en revue les laborieuses recherches de Schiff, d'où il résulte qu'il existe un ferment spécial à l'existence duquel est liée la production du sucre dans le foie, et dont l'absence frappe d'immobilité, dans cet organe, la substance amylacée glycogène. De cette idée, M. Schiff a déduit logiquement que certains cas de diabète pourraient être dus à l'augmentation en quantité ou en énergie de ce ferment normal.

Dans un second paragraphe, j'ai étudié les travaux concernant l'influence du systéme nerveux sur la formation du sucre dans le foie. Aprés avoir relaté la belle expérience de Cl. Bernard, c'est-à-dire les phénomènes résultant de la piqûre du plancher du quatriéme ventricule, j'ai rapporté l'explication que donne Schiff de l'altération nerveuse en vertu de laquelle cette piqûre amène le diabète. Pour lui, elle irrite les nerfs vaso-moteurs, d'où résulte la dilatation des vaisseaux du foie, et comme

conséquence l'hypersécrétion de la glande. Le diabète ainsi produit serait donc de nature spéciale, un diabète irritatif.

Mais, à côté de cette forme, M. Schiff en a décrit une autre qu'il a appelée diabète paralytique et qui se produit quand on coupe les cordons antérieurs de la moelle, c'est-à-dire le faisceau des nerfs vaso-moteurs. Ce diabète n'est plus fugace comme le précédent, car il dure des jours, des semaines.

Cette note met en relief deux espèces de diabète et l'étude du ferment.

12. *De l'Ictère grave.*

(Note lue à la Société médicale des hôpitaux, 1862. Séance du 26 mars.)
(*Gazette hebdomadaire*, 11 avril 1862.)

M. le docteur Isambert, chargé du rapport sur ce mémoire, l'a résumé ainsi :

« L'auteur se demande quelle place on peut assigner dans le cadre » nosologique au cas d'ictère grave qu'il vient de rapporter. On se » trouve entre deux extrêmes : d'une part, une affection réputée locale, » bornée au foie, l'atrophie jaune aiguë ; de l'autre, une pyréxie essen- » tielle, épidémique, la fièvre jaune. Or, le cas présent diffère des atro- » phies aiguës, parce que le foie, quoique détruit dans ses éléments » constitutifs, n'est pas modifié dans son volume. Il faut donc bien » penser à la fièvre jaune, non dans sa forme type, mais dans cette » forme bien connue dans les pays où elle sévit épidémiquement et » qui se caractérise par l'adynamie rapide, l'ictère, la chute du pouls » et la mort, arrivant au bout de quatre ou cinq jours sans vomisse- » ments noirs et sans ecchymoses. D'autre part, la dégénérescence » graisseuse ayant été notée dans la fièvre jaune, il ne reste plus que » la question du volume de cette glande pour maintenir la séparation » entre deux maladies identiques dans leurs prodromes, leurs symp- » tômes et leur marche, mais dont l'une est réputée une maladie du

» foie et l'autre une pyrexie bien connue dans sa forme épidémique,
» mais qui semble aussi pouvoir se montrer sous la forme sporadique.
» Ces cas d'ictère grave, qui se multiplient depuis quelque temps,
» sembleraient à l'auteur mériter la dénomination de fièvre jaune
» sporadique, tout en reconnaissant la convenance sociale de con-
» server le nom d'ictère grave ou d'ictère adynamique. »

13. *Tubercule du cervelet.*

(*Bull. Soc. anat.*, janvier 1862.)

Cette tumeur tuberculeuse du cervelet était de la grosseur d'une noix volumineuse, nettement délimitée et située dans le lobe droit de l'organe.

Elle offrait une coloration jaune verdâtre, de consistance ferme à la périphérie, renfermait à son centre deux petites cavités, remplies d'une substance puriforme.

Pas d'altération du crâne.

Poumons criblés de tubercules en voie de ramollissement.

14. *Cas de rage chez l'homme.*

(*Bull. Soc. anat.*, 1862.)

J'ai présenté la langue d'un individu mort de rage, sur laquelle on pouvait voir, à la face inférieure, mais assez loin du frein, des vésicules reposant sur un fond rouge, que j'ai supposé être des lysses. Il n'a pas été possible d'apprendre que cet individu ait été mordu ; le seul indice d'une morsure consiste dans une série de petites excoriations superficielles de la peau du mollet, disposées en ligne courbe, de façon à indiquer l'empreinte d'une mâchoire d'animal. Les principaux symptômes présentés par le malade consistaient dans une horreur profonde des liquides, des spasmes pharyngiens assez fréquents, une hyperesthésie de la sensibilité

générale et de tous les sens extrêmement grande, et enfin en une grande tendance à mordre avec un délire furieux qui a terminé la série des accidents trois jours après leur début.

15. *Infiltration tuberculeuse.*

(*Gazette hebd.*, 1863.)

Le malade qui fait l'objet de cette observation était un gendarme, âgé de trente-six ans, n'ayant jamais été malade, entré à l'hôpital militaire du Gros-Caillou pour un abcès périnéal provenant d'une lésion prostatique. Il fut pris, au moment où il allait guérir de cette affection, d'accès de fièvre et de délire, auquel succéda un coma dans lequel il succomba le huitième jour.

L'autopsie démontra une infiltration tuberculeuse aiguë des poumons, de la surface du foie, des reins, de la rate, et une méningite granuleuse qui a évidemment précipité, dans ce cas, la mort du malade.

16. *De la paralysie périphérique par refroidissement.*

(*Gazette hebd.*, 1863.)

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, des paralysies périphériques qui ne relèvent pas directement de lésions des centres nerveux, et en particulier des paralysies liées à certaines maladies générales.

La paralysie qui survient sous l'influence brusque du froid n'a pas été spécialement étudiée. Elle mérite pourtant l'attention par la bizarrerie de ses allures et sa tendance à revêtir des aspects divers, selon qu'elle frappe un organe, un segment de membre, selon qu'elle affecte la forme hémi ou paraplégique.

Mais cette paralysie peut aussi, plus rarement, il est vrai, s'étendre à toute la surface du corps. J'en ai observé un exemple remarquable à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, sur la personne d'un soldat de vingt-

six ans qui, après avoir couru et s'être mis le corps en sueur, resta exposé durant une heure à une cause active de refroidissement.

Le soir même, il éprouva de l'engourdissement dans un des membres inférieurs, le lendemain dans l'autre. Le troisième jour, le tronc devint insensible, et les mains furent le siège de fourmillements. Le quatrième jour, la parole s'embarrassa. Dès lors, tous les phénomènes de paralysie se généralisèrent totalement et parvinrent à leur acmé. Cet état dura une quinzaine de jours, après lesquels le malade guérit complètement et vite, puisque son séjour à l'hôpital ne fut que d'un mois et trois jours.

D'ailleurs, le caractère le plus spécial à la forme de paralysie par refroidissement, c'est de ne durer en général qu'un temps assez court. Une étude attentive des observations permet d'affirmer qu'une cause, autre que celle du froid peut toujours être invoquée et démontrée quand la paralysie a persisté.

17. *Plaques épithéliales de l'intestin.*

(*Bull. Soc. anat.*, mars 1863.)

Ces plaques de l'intestin provenaient d'une malade d'un âge assez avancé, atteinte, à la suite d'une douleur soudaine du creux épigastrique, d'une fièvre continue, intense et de diarrhée. Ces plaques furent expulsées par l'anus, et la malade est actuellement en voie de guérison. Leur examen, fait à l'aide du microscope, a démontré l'existence de larges cellules, les unes pourvues de noyau, les autres cylindro-coniques, ainsi que d'éléments globuleux en quantité assez grande. Les éléments du tissu fibreux ou connectif n'y ont point été rencontrés.

18. *Altération des capsules surrénales.*

(*Bull. Soc. anat.*, février 1863.)

J'ai fait voir une altération double des capsules surrénales chez un malade atteint de tuberculisation pulmonaire, qui a succombé à la suite des accidents généraux les plus prompts.

Un homme vigoureux, d'une trentaine d'années, était traité à l'hôpital du Gros-Caillou pour un épanchement pleurétique qui guérit rapidement. Il continua cependant à tousser, et l'on constata au bout de quelques semaines de l'inspiration rude aux deux sommets avec un peu de résonnance vocale; les manifestations locales ne s'accompagnaient pas de fièvre, mais le malade était enclin à l'abattement et à la tristesse et restait presque toujours couché, bien que son appétit fût bon. Un matin, apparurent de la fièvre avec céphalalgie et vomissements verdâtres. Le ventre, non ballonné, se laissait facilement déprimer.

D'autre part, on provoquait par la pression une douleur sourde dans la région rénale des deux côtés.

Les vomissements durèrent deux jours. Pouls filiforme. — Emaciation rapide. — Mort le troisième jour.

A l'autopsie, on trouva des tubercules miliaires crûs au sommet des deux poumons. Les intestins, l'estomac, le foie, le péritoine étaient sains. Les capsules surrénales étaient toutes deux triplées de volume et d'une dureté considérable, le tissu cellulaire environnant était épaissi; à l'intérieur et à quelques petits points près, elles étaient transformées en une masse caséeuse qu'on pouvait diviser en noyaux séparés, ramollis à leur centre et remplis d'un pus jaunâtre et crémeux; ces noyaux avaient évidemment subi la transformation tuberculeuse.

Les reins étaient complètement sains, et le foie, qui se présentait avec tous ses caractères extérieurs normaux, n'offrait à l'examen microscopique aucune espèce d'altération. Il n'existait pas de coloration bronzée.

19. *Des Caractères physiques de l'aphthe.*

(*Gazette hebdomadaire* du 15 janvier 1864.)

A la suite de recherches entreprises sur la pathogénie des aphthes, je suis arrivé à cette conclusion que l'apthe serait une espèce d'acné des muqueuses. En effet, la nature grasse de la matière exsudée démontre qu'elle ne peut être que le produit de sécrétion d'une glande,

et, d'autre part, je n'ai jamais vu d'aphthes en dehors des régions de la muqueuse buccale, où les glandes muqueuses existent.

La substance que l'on trouve sous le décollement épithélial qui constitue l'aphthe au début est d'une consistance et d'une coloration jaunâtre rappelant celle du beurre frais.

Histologiquement, elle est formée par des globules plus ou moins sphériques contenant des noyaux.

Leur aspect physique les distingue des globules graisseux en ce qu'ils réfractent infiniment moins la lumière et que leurs bords sont moins nettement accusés.

Au point de vue chimique, le contenu des aphthes est une matière sébacée.

Pour ce qui est de la marche des lésions, j'ai observé que la séparation de la muqueuse se fait des bords de la circonférence à son centre, que la matière exsudée diminue d'étendue et que l'épithélium se reforme successivement dans les points qu'elle vient d'abandonner. Vers la fin de l'évolution, on ne retrouve plus qu'un petit point jaune central constitué par la matière sébacée, qui, jusqu'au dernier moment, conserve ses caractères physiques et chimiques propres.

Quoique je n'aie pu constater le point décrit par Billard au centre de l'exsudation et qui avait fait supposer à ce dernier que l'aphthe débutait toujours par un follicule muqueux, je me range néanmoins à son opinion.

20. *De la propagation du choléra.*

(Victor Masson, 1865.)

(Ce mémoire a été récompensé par l'Académie des sciences. — Prix Bréant, 1867.)

Jusqu'à l'époque de la publication de ce mémoire, on répugnait beaucoup en France à admettre la contagion du choléra. Le terme lui-même, contagion, paraissait un épouvantail, en ce sens qu'il comportait une action presque fatale du malade sur son entourage. J'ai

substitué dans ce mémoire les expressions *transmissibilité*, *transmissible* à celles de contagion, contagieux, employées jusqu'alors. Elles ont été conservées depuis et sont passées dans le langage.

Pour faire ressortir les conditions par lesquelles se fait la propagation du choléra, j'ai étudié successivement :

La marche générale de la maladie sur le continent;

Son mode d'invasion par les ports;

Sa transmission particulière et la création des foyers;

Sa propagation dans les hôpitaux;

Son mode d'extension parmi les troupes et les agglomérations d'hommes en marche;

Sa transmission par la cholérine, par les personnes saines, par les cadavres, par les objets ayant servi aux cholériques, par leurs déjections.

J'ai été frappé de ce grand fait, qui, dès à présent, peut être considéré comme une des lois de la maladie, que, depuis les bouches du Gange, où elle est née, jusqu'à l'embouchure de l'Ebre, elle a toujours cheminé sur les grandes routes de terre les plus fréquentées, elle a abordé les continents par les ports et progressé avec la même vitesse que celle des moyens de locomotion employés dans les régions envahies. Dans un grand nombre de cas, la marche de l'épidémie s'est effectuée dans une direction opposée à celle des courants atmosphériques.

Je n'ai pas trouvé dans la science un seul fait démonstratif en faveur de la production spontanée du choléra; j'ai vu au contraire que cette maladie, lorsqu'elle avait sévi dans une localité, y avait été importée, soit par mer, soit par terre, et qu'avant d'y faire simultanément un nombre considérable de victimes, elle avait toujours débuté par quelques cas isolés. Ainsi, toutes les fois que le choléra a éclaté dans un port ou dans une île, c'est que ce port ou cette île avait été visité par un bateau provenant d'un pays infecté et renfermant à bord des passagers déjà atteints; de même lorsqu'il a pris la voie de terre, il a toujours laissé des traces de son passage aux frontières continentales.

Aprés avoir examiné le mode d'invasion du choléra, j'ai étudié les faits relatifs à la transmission individuelle. Les cas que j'ai publiés en sont des exemples éclatants et leur succession exclut l'hypothése d'un agent auxiliaire, atmosphérique ou tellurique.

Et d'ailleurs cette transmission directe n'est-elle pas mise en relief par ce qui se passe dans les hôpitaux? J'ai réuni un certain nombre de relations au sujet de l'histoire du choléra dans ces milieux; elles ont une grande valeur et montrent la nécessité de l'isolement des cholériques.

Après avoir établi que le cholérique peut donner le choléra, j'ai démontré que la cholérine pouvait également le produire, grâce à la transformation possible de cette maladie. J'en ai conclu que la notion de ce fait devrait modifier complètement la prophylaxie du choléra.

Les faits relatifs à la transmission individuelle ont été l'objet d'une étude de détail. J'ai montré que cette transmission peut s'opérer, non seulement par le contact immédiat des personnes saines avec les personnes malades, non seulement par le séjour auprés de leurs cadavres, mais encore par les vêtements, la literie ou les autres objets mis en usage, ou souillés par les déjections qui deviennent des agents d'infection.

J'ai remarqué aussi que le choléra se propageait plus facilement dans les localités humides et bâties sur des terrains d'alluvion que dans celles où le sol était siliceux; que le voisinage des matières animales ou végétales en putréfaction favorisait le développement des foyers épidermiques, et que les organismes les plus aptes à être frappés étaient ceux qui étaient affaiblis soit par une alimentation mauvaise, soit par une maladie antérieure, soit par l'alcoolisme. J'ai fait observer aussi que les basses températures modérent l'intensité des épidémies cholériques et que ces dernières subissent une recrudescence pendant les grandes chaleurs. Enfin, je ne pense pas que la réceptivité soit modifiée sensiblement par l'âge, le sexe, la race et la diversité des professions.

J'ai cru pouvoir déduire des nombreuses observations que j'ai analysées qu'il naît sur les bords du Gange, mais sous des influences qui nous sont encore inconnues, un agent spécial qui est un poison pour

beaucoup d'entre nous. Cet agent, qui manifeste son influence par des effets plus ou moins graves, est transmissible par les individus, mais la proportion de ceux qui y sont accessibles est relativement minime.

Le poison cholérique trouve dans l'organisation humaine un terrain favorable à sa multiplication, et c'est en particulier dans le canal digestif que se fait cette dernière. Il est donc facile de comprendre que les déjections alvines et stomacales soient les agents les plus efficaces de la transmission de la maladie. Ce n'est pas au moment de leur émission que cette efficacité est le plus marquée, mais c'est aprés quarante-huit heures qu'elle se manifeste pour s'étendre ensuite au bout de quinze jours à trois semaines. Les cadavres des cholériques sont doués aussi de propriétés de transmission des plus actives. Enfin, les déjections des malades atteints de cholérine peuvent émettre un agent particulier, capable de déterminer le choléra confirmé.

En somme, la seule force connue à laquelle on puisse attribuer la propagation du choléra, c'est le germe engendré par le cholérique. Mais pourquoi ce germe acquiert-il ici une énergie si terrible? Pourquoi, dans d'autres cas, semble-t-il frappé d'impuissance?

Il me semble qu'il est fixé et rendu plus actif chez les sujets débilités par des maladies antérieures, l'alcoolisme, une mauvaise alimentation, les mauvaises conditions hygiéniques, les intempéries des saisons.

Il sévit moins sur les personnes éloignées des sources de transmission, ordinairement bien portantes et vigoureuses.

En un mot, toutes les circonstances extérieures que je viens d'énumérer rapidement semblent avoir sur le germe cholérique une action analogue à celles qu'elles exercent sur tous les germes organisés dont nous sommes entourés, et qui vivent, se développent ou périssent selon que le lieu où ils se déposent leur offre ou leur refuse les conditions nécessaires à leur existence et à leur multiplication.

J'ai terminé ce travail par quelques indications pratiques qui découlent naturellement de mes conclusions :

Je suis d'avis qu'il faut établir quelques mesures particuliéres, mais peu sévères, à l'égard des personnes saines et des objets qui viennent des

pays infestés, bien que je sois porté à croire que ces personnes et des objets qui n'ont pas servi à l'usage des malades, soient peu propres à la transmission de l'agent toxique.

Quant aux personnes malades qui viennent d'un pays infecté, je conseille de les soumettre à des quarantaines rigoureuses, de détruire leurs déjections et de désinfecter les locaux dans lesquels elles ont séjourné.

Je crois qu'il est du devoir des gouvernements d'établir des postes sanitaires et de faire appel à la sollicitude des médecins pour qu'ils signalent les premiers cas de maladie qui se produisent.

J'insiste également sur la nécessité d'isoler les malades, de détruire leurs déjections avant qu'elles ne puissent entrer en fermentation, et enfin de transporter les cadavres dans des lieux spéciaux et à une certaine distance des habitations.

C'est, en effet, grâce à ces indications que l'on pourra, dans l'avenir, lorsque l'on se trouvera en présence d'une épidémie déclarée, prévenir de grands malheurs.

Un an après la publication de ce mémoire, une conférence sanitaire internationale fut instituée pour étudier les questions relatives à l'origine, à la propagation du choléra et proposer des mesures de préservation. Les conclusions de la conférence ont été conformes aux miennes.

21. *Phlegmon profond des parois abdominales.*

(*Gazette des hôpitaux*, 1867.)

Les phlegmons qui se développent dans les muscles abdominaux ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal peuvent être assez bien reconnus quand ils occupent leur siège habituel, c'est-à-dire la région antérieure. Mais leur diagnostic peut être entouré de grandes difficultés s'ils siègent dans des points peu accessibles à l'exploration.

Dans une première observation, c'est la région de l'hypocondre droit qui a été atteinte. Le malade a guéri. Il faut croire que le foie n'a pas été intéressé, malgré les symptômes qui semblaient faire croire à une tumeur

de cet organe et rapporter la maladie à un phlegmon profond des parois.

Le second cas consiste dans un phlegmon de la région ombilicale à marche singulière. Il y a eu des symptômes de péritonite consécutive à un petit phlegmon sous-péritonéal dont la suppuration a coïncidé avec la terminaison heureuse de la maladie.

L'écoulement purulent s'étant fait par le centre même de la cicatrice ombilicale, on peut admettre que c'est dans les vestiges des veines ombilicales qu'a été le point de départ de l'inflammation.

La troisième observation se rapporte à un malade mort de péritonite consécutive à un phlegmon de la fosse iliaque droite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

22. *Coup de feu dans la région temporale. — Extraction d'une balle de l'orbite. — Absence d'accidents propres à ce genre de lésion.*

(*Gazette des hôpitaux*, 8 octobre 1868.)

La balle dont j'ai pratiqué l'extraction en cette circonstance n'a pas pénétré dans la cavité crânienne. L'absence de tout phénomène cérébral en fait foi. Elle a été se loger contre la paroi interne de l'orbite, après avoir traversé la paroi externe.

Il est hors de doute aussi que dans le cas présent une balle du calibre de 12 millimètres a pu pénétrer dans l'orbite et y demeurer dix heures sans gêner notablement les mouvements de l'œil, puisqu'aucun trouble de la vision ne s'est manifesté, et sans déterminer un symptôme assez communément observé, l'ecchymose sous-conjonctivale.

23. *Chorée rhumatismale intense.*

(*Gazette des hôpitaux*, 17 avril 1869.)

Les succès obtenus dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium m'avaient fait espérer que ce médicament pourrait rendre des services dans le traitement de la chorée.

J'en ai fait pour la première fois l'expérience sur un jeune employé de quinze ans, ayant déjà eu plusieurs attaques. J'ai donné d'abord 1 gramme, puis j'ai élevé la dose jusqu'à 4 grammes.

En huit jours, j'ai obtenu la guérison de mon malade.

Ce fait, pour être isolé, n'en est pas moins encourageant et permet d'appliquer la méthode.

24. *Rétrécissement syphilitique de la bronche gauche.*

(*Gazette des hôpitaux*, 9 septembre 1869.)

Une femme de trente-quatre ans a été traitée à l'hôpital Rothschild pour la syphilis. Trois ans après elle y a été admise de nouveau dans un état grave et avec des accès de suffocation. A l'auscultation de la poitrine on trouva le murmure vésiculaire normal à droite, à gauche une inspiration sifflante avec souffle aigu et râles.

Pas de traces de syphilis autres qu'un chapelet de ganglions au cou et à l'aine.

La malade fut mise aussitôt, en raison de ses antécédents, à une forte dose d'iodure de potassium.

Mais les accidents de suffocation s'aggravèrent encore et amenèrent la mort.

A l'autopsie, on trouva la bronche gauche rétrécie, étranglée probablement par la disparition d'un cerceau cartilagineux à la place d'une ancienne gomme. La bronche laissait à peine passer un stylet. Le poumon correspondant était lourd, hépatisé, gagnant le fond de l'eau.

Cette observation se recommande surtout par les points suivants :

1° La lésion de la bronche qui a amené le rétrécissement a passé inaperçue pour la malade.

2° En présence d'un obstacle permanent identique, les accidents de suffocation étaient intermittents.

3° La mort est survenue subitement.

25. *Ovariotomie.*

(*Gazette des hôpitaux*, 5 janvier 1869.)

J'ai fait à la Société de médecine de Paris une communication sur les opérations d'ovariotomie pratiquées par M. Spencer Wells, membre correspondant, faites à l'hôpital de la Samaritaine et relatives aux opérations d'ovariotomie exécutées par lui dans cet hôpital depuis le 1er octobre 1867 jusqu'au 1er octobre 1868.

Dans cette période, M. Wells a fait 36 ovariotomies complètes.

Sur ce nombre, il a obtenu 31 guérisons et 5 morts.

Dans tous les cas où le pédicule a été assez long pour être fixé, la guérison a été obtenue. Il faut donc considérer cette condition comme très favorable.

26. *Le chloral.*

(*Gazette des hôpitaux*, octobre 1869.)

Pendant un voyage scientifique, j'eus connaissance des recherches faites sur les propriétés hypnotiques du chloral, lors d'une visite faite au laboratoire de chimie de la Faculté de Berlin.

Je me fis envoyer la substance, non encore employée en France, et l'administrai à des malades de mon service aux doses de 0,70, 0,75, 1, 1,50, 2, 28, 28, 50.

Des expériences faites sur dix-neuf malades à l'hôpital Rothschild, et qui furent les premières entreprises en France, me permirent de tirer les conclusions suivantes, que l'épreuve du temps a confirmées :

1° Le chloral dissous dans 10 parties d'eau peut être administré en boisson sans le moindre inconvénient jusqu'à la dose de 4 grammes ;

2° Son efficacité commence à la dose de 1 gr. 50.

Les premiers insuccès sont dus à l'insuffisance des doses employées.

Cependant, il y a des sujets réfractaires même aux doses de 2 et 3 grammes;

3° Un sommeil calme, souvent profond, pendant lequel ni la température ni le rythme du pouls et de la respiration ne sont modifiés, survient 10 ou 15 minutes après l'ingestion du chloral, et se prolonge pendant 7 ou 8 heures. Le réveil n'est accompagné ni de lourdeur de tête, ni de malaise à l'estomac. Il peut y avoir une légère hébétude, qui se dissipe rapidement.

Le choral peut être administré avant ou après les repas et n'exerce aucun trouble sur la digestion.

En somme, l'hydrate de chloral me paraît être un agent inoffensif aux doses où je l'ai employé, et je pense qu'il rendra d'utiles services comme hypnotique. En effet, la propriété qu'il a de déterminer le sommeil presque instantanément n'appartient à aucun agent connu parmi ceux que l'on administre par les voies digestives.

Le chloral a, en outre de la promptitude de son action, cette supériorité sur l'opium et ses dérivés qu'il ne provoque après le sommeil ni torpeur ni malaise.

27. *Malades et blessés de l'ambulance à l'hôpital Rothschild pendant le siège de Paris,*

par le Dr Job, interne du service de M. le Dr J. Worms.

Ce travail statistique, fait d'après les notes prises sur plus de cinq cents malades qui ont été traités sous ma direction, est destiné à fournir des documents pour l'histoire et la statistique générale des malades et des blessés de notre armée pendant le siège.

Le conseil d'administration de l'hôpital Rothschild avait mis à la disposition de l'autorité militaire un bâtiment dont la construction remontait à l'année précédente et destiné à servir d'asile à des vieillards, mais jusque-là inhabité. Il contenait cent lits divisés en trois salles de vingt-cinq lits et en vingt-cinq petites chambres isolées d'un lit. Ce bâtiment, tout à fait indépendant, était situé au milieu du jardin. Les malades,

qui du reste, sous le rapport de la nourriture, grâce aux dispositions prises par l'administration de l'hôpital, furent beaucoup plus favorisés que dans les autres hôpitaux, se trouvaient dans d'excellentes conditions d'hygiéne. Jamais les salles ne cessérent d'être chauffées. Les malades atteints d'affections contagieuses et les opérés purent être isolés.

Cette statistique comprend les affections internes et les maladies chirurgicales. Différents tableaux rendent compte des maladies traitées, avec leur fréquence suivant chaque mois; et du nombre des décés avec leur proportion pour 100.

Les affections chirurgicales ont été elles-mêmes divisées en plaies par armes à feu et affections chirurgicales générales ne dépendant pas du combat, et des tableaux donnent le détail des plaies par obus, par balles, ainsi que des différentes variétés d'affections chirurgicales confiées à mes soins.

Dans les notes relatives à chacune des catégories d'affections soignées à l'ambulance Rothschild, quelques détails se recrutent sur ma pratique médicale pendant cette période : usage constant du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Application de compresses trempées dans une infusion de feuilles de digitale (10 grammes pour 1 000 grammes d'eau) dans l'érisypéle, qui semble avoir donné de trés bons résultats. J'ai obtenu également de bons effets du traitement de la dysenterie par le perchlorure de fer au début.

Dans deux cas d'épanchement articulaire où le genou était le siège d'une vive douleur et d'un gonflement considérable, je me suis servi du trocart expirateur Dieulafoy et j'ai retiré 150 grammes de liquide. Dans les deux articulations, l'épanchement ne se reproduisit pas et la douleur disparut à peu prés complètement.

Dans les 49 plaies par balles signalées, six fois le projectile put être extrait. Un malade eut les dernières phalanges de deux doigts de la main gauche coupées, et trois doigts de la main droite fortement atteints ; la même balle fit encore un séton dans le bras droit et déchira le lobule de l'oreille du même côté.

Sur 56 blessés dont 4 amputés ou réséqués, 10 sont morts, 8 par in-

fection purulente, deux par tétanos; soit une mortalité de 5 pour 100. Pour toutes les plaies, l'eau alcoolisée a été employée uniquement; la solution était additionnée d'eau phéniquée dans les plaies accompagnées de suppuration abondante.

28. *Canitie.*

(*Dict. Encyclop. des sciences médicales*, 1871.)

La canitie est la décoloration lente ou rapide, partielle ou générale du système pileux. Dans l'âge avancé, elle constitue un phénomène régulier.

Dès la naissance, elle n'est que l'un des symptômes de l'albinisme.

Elle peut encore être physiologique quand elle est prématurée, comme cela arrive dans certaines familles, sous l'influence de l'hérédité.

Enfin, il existe une canitie pathologique qui peut être divisée en canitie rapide et canitie progressive striée.

La canitie physiologique débute, vers l'âge moyen de la vie, par l'apparition de quelques cheveux blancs au milieu des autres plus colorés. Elle gagne de là tout le système pileux et s'accentue davantage.

Mais comment les cheveux perdent-ils leur couleur?

Il semble résulter des travaux de Moleschott que deux substances, une graisse diversement colorée et l'air donnent aux cheveux leur coloration. Les cheveux foncés renferment beaucoup de graisse et peu d'air; dans les cheveux clairs, la proportion est renversée.

La graisse colorée est la cause positive de la coloration des cheveux foncés; l'air, la cause négative de la coloration des cheveux clairs.

La canitie survient, dans la généralité des cas, par la disparition de la graisse, mais quelquefois par une grande production d'air sans diminution notable de cette substance.

Existe-t-il en réalité une canitie rapide, subite même, produite par une impression morale vive? Force est bien de l'admettre en présence des faits précis que l'on possède aujourd'hui.

On peut aussi considérer comme vraie, quoique très rare, la canitie dite intermittente, ou mieux, striée, parce qu'elle se traduit par la présence sur chaque cheveu de segments colorés et de segments blancs alternants.

Quant à la curabilité de la canitie, elle n'existe pas.

29. *Rapport adressé à M. le préfet de la Seine sur l'épidemie de choléra qui a sévi à Paris pendant les mois de septembre, octobre, novembre* 1873.

(Paris, 1874.)

L'objet de ce rapport est de suivre la façon dont le choléra s'est propagé à Paris à partir du 29 août 1873, d'en étudier le développement au point de vue des lieux et des personnes frappées.

Les éléments qui ont servi à l'établir sont :

1° Les certificats de décès fournis à l'administration mentionnant les circonstances d'âge, de domicile, de profession, la nature du mal, les symptômes principaux ;

2° L'enregistrement fait sur un plan de Paris, d'après les ordres du préfet de la Seine, des rues et des maisons atteintes pendant l'épidémie. Ce dernier document a permis d'observer d'une manière à peu près complète la répartition du choléra, les points de concentration du fléau et les surfaces sur lesquelles il s'est disséminé.

Plusieurs tableaux statistiques ou graphiques joints à ce rapport sont destinés à mettre en évidence les faits importants de l'épidémie.

Un premier tableau indique les décès quotidiens, par arrondissement, pendant toute la durée de l'épidémie.

Un deuxième représente par des courbes le nombre des décès quotidiens pour toute la ville. Trois courbes de couleurs différentes et superposées indiquent : 1° les décès pour tout Paris (ville, hôpitaux, hospices,

prisons); 2° les décès pour la ville seule; 3° les décès des enfants âgés de moins de cinq ans.

Un troisième tableau représente par des courbes la mortalité dans les hôpitaux seuls, au-dessus et au-dessous de cinq ans.

Après avoir étudié la marche du choléra au point de vue des décès, j'ai examiné avec attention les lieux atteints par l'épidémie et l'ordre dans lequel ont été frappés les différents arrondissements.

Un tableau présente l'ensemble, pour chaque arrondissement, des rues et des maisons éprouvées par l'épidémie; il offre deux grandes divisions :

1° Les rues dans lesquelles deux ou plusieurs maisons ont été atteintes, celles qui ont présenté le plus grand nombre de décès figurent en tête de la liste. Pour chacune de ces rues, les maisons où plusieurs cas de choléra ont été constatés sont signalées individuellement.

2° Les rues où un seul décès a été enregistré : celles-ci sont disposées par ordre alphabétique.

Sur le nombre de 566 décès survenus à domicile, 82 ont eu lieu dans 42 maisons, 15 dans 3 maisons, 30 dans 10 maisons, 3 dans une maison, 15 dans 3 maisons : soit 145 décès dans 49 maisons. Sans vouloir tirer de cette circonstance une conclusion décisive, on ne peut se refuser à y voir un argument en faveur de la doctrine de la transmissibilité du choléra.

L'épidémie de 1873 a prouvé encore une fois que l'âge et le sexe avaient peu ou point d'influence sur le développement du choléra; comme dans les épidémies précédentes, le sexe féminin a été plus éprouvé que le sexe masculin (452 décès féminins et 413 masculins).

Parmi les adultes, ce sont les personnes dans la plénitude de la force (vingt à vingt-cinq ans) qui ont le plus souffert.

Aucun fait saillant d'immunité ou de propension se rattachant aux diverses professions ne s'est produit.

Ces faits ressortent des tableaux spéciaux joints au rapport.

Enfin, l'épidémie de 1875 a été la moins meurtrière de celles qui ont sévi à Paris depuis 1832. Je pense que cette bénignité relative doit être rapportée en grande partie à l'assainissement de la ville et à l'application minutieuse des prescriptions établies. Peut-être le degré d'ac-

tivité des germes cholériques a-t-il diminué. On a vu, en effet, les épidémies de choléra s'affaiblir en se répétant dans une même localité sans que les conditions de milieu y eussent sensiblement changé.

30. *De l'action du croton chloral.*

(*Bull. général de therapeutique*, t. LXXXVI, p. 447, 1875.)

J'ai cherché à apprécier l'action hypnotique du croton chloral, que j'ai employé en solution dans la glycérine et l'eau aromatisée avec de l'essence de menthe.

Dans trois cas observés chez des femmes, le croton choral administré à l'intérieur, à la dose de 50 centigrammes, n'a produit aucun effet hypnotique, et l'injection du médicament a été suivie de vomissements.

Dans trois autres cas, étudiés chez des hommes, le croton chloral administré de la même manière, à la dose de 50 à 75 centigrammes, a produit de l'hypnotisme et le réveil a été accompagné de vomissements et d'un état d'ivresse.

Enfin, dans deux cas observés chez des femmes, le croton chloral a été administré en injections hypodermiques à la dose de 30 centigrammes dans un gramme de glycérine. Une douleur vive a suivi l'injection. Aucun phénomène hypnotique n'a été remarqué. Dans un cas, il s'est produit de la rougeur et une tuméfaction notable autour de la figure, et dans un autre cas il s'est produit une petite eschare.

31. *Coccygodynie.*

(*Dict. encyc. des sciences médicales*, t. III, 1875.)

On a ainsi appelé une douleur, souvent violente, siégeant dans la région coccygienne, et dont la connaissance est toute récente.

On a longtemps considéré cette affection comme étant l'apanage du

sexe féminin. Mais, s'il est vrai qu'on l'y rencontre plus fréquemment en raison du mécanisme spécial des accouchements et des affections utérines, on peut aussi la constater chez l'homme à la suite de traumatismes. De plus, les maladies des organes du bassin, le refroidissement en sont des causes certaines.

Le principal et souvent unique symptôme de la coccygodynie, c'est la douleur; elle s'accompagne souvent de la difficulté, de l'impossibilité de prendre certaines positions ou de marcher.

Cette douleur, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, s'exaspère par la pression.

La maladie peut être aiguë et disparaître en quelques jours. Malheureusement, elle affecte le plus souvent la forme chronique.

Le diagnostic est des plus faciles. Le pronostic est variable, non au point de vue de la gravité, la coccygodynie étant toujours sans danger pour le malade, mais quant à la durée, qui peut être très longue, en dépit de tout traitement.

Aussi a-t-on usé envers elle des moyens les plus variés, révulsifs, antiphlogistiques, antispasmodiques, etc.

L'électricité faradique trouverait peut-être ici son application.

Les procédés chirurgicaux ont parfois été mis en œuvre :

Le premier consiste dans la section sous-cutanée des attaches musculaires tendineuses et ligamenteuses du coccyx ; le second, dans l'ablation de l'os.

32. *De la continence chez l'homme.*

(Congrès d'hygiène de Bruxelles, 1876.)

Parmi les moyens capables d'enrayer le développement de la prostitution se rencontre, selon moi, la nécessité d'accréditer l'opinion que la continence chez l'homme est, contrairement à ce que l'on suppose, compatible avec l'état de santé le plus parfait.

Étant attaché au service médical de l'armée française qui campa en Crimée pendant dix-huit mois, j'ai recherché l'influence que pouvait avoir la continence sur la santé des jeunes officiers et des soldats, et je n'ai pas trouvé un seul cas où des troubles de santé aient pu sérieusement être rattachés à un changement sensible d'habitudes à cet égard.

La diffusion de cette vérité peut aider, ce me semble, à enlever, dans une certaine mesure, à la prostitution la partie de sa clientèle qui croit à l'hygiéne de la débauche.

33. *Sclérose des cordons antéro-lateraux.*

(*Archives de physiologie*, 1877.)

J'ai publié ici l'histoire d'un malade qui, pris tout d'abord de méningite spinale avec douleurs violentes, présenta bientôt les symptômes de l'atrophie musculaire et de la paralysie glosso-labio-pharyngée.

C'est dans un intervalle relativement court (trois ans environ) que survint l'atrophie presque compléte de tous les muscles du cou et des membres supérieurs. De plus, celle-ci s'est produite en masse au lieu de passer par la progression ordinaire.

L'autopsie démontra une sclérose bilatérale des cordons antéro-latéraux avec deux foyers centraux d'élection, l'atrophie des cornes antérieures, la dégénérescence des muscles.

Les phénomènes bulbaires qui s'étaient développés de bonne heure se rattachaient à une sclérose postéro-externe des pyramides, remontant jusqu'au corps olivaire, à l'atrophie des racines de l'hypoglosse, du spinal et du pneumogastrique. Les lésions originelles de ces deux derniers nerfs pourraient suffire à expliquer les troubles respiratoires qui ont déterminé la mort du malade.

Cette observation est digne d'intérêt, surtout parce qu'elle démontre la rapidité d'évolution de la sclérose latérale amyotrophique.

34. *Du myome utérin hydropique.*

(*France médicale*, juin 1877.)

Sous ce nom, j'ai désigné une variété, non décrite jusque-là, de fibromes utérins dans laquelle la tumeur présente des alternatives de dureté et de fluctuation et, à certains moments, s'accompagne d'une hydrorrhée abondante.

J'ai eu l'occasion d'observer ce phénoméne particulier chez cinq malades atteintes de fibrome utérin et d'âge variable. Chez une de ces malades, la fluctuation était si nette et la tumeur si bien délimitée que Nélaton et Velpeau, appelés en consultation, diagnostiquérent un kyste tubo-ovarien communiquant avec l'utérus. C'est, en effet, dans des tumeurs d'un certain volume que l'on remarque ce signe spécial ; à certains moments, la tumeur, trés dure auparavant, présente une fluctuation manifeste : si on presse sur elle, on fait sourdre par l'orifice utérin un liquide séreux de couleur jaunâtre. Ce liquide s'écoule quelquefois spontanément en jet et en quantité abondante. Cet écoulement spontané a paru, chez une des malades, coïncider nettement avec l'approche des régles, qui revêtaient la forme métrorrhagique.

Les caractéres de ce liquide n'offrent rien de particulier à signaler : à peine coloré, de réaction acide, il est d'apparence séreuse.

A quel tissu, à quel organe attribuer la source de cette hydrorrhée? Je la rattache à une véritable hydropisie utérine, à une sécrétion de la surface de la muqueuse. Dans un cas, l'énucléation de la tumeur (par les voies génitales ; expulsion spontanée commençante, nécessité d'intervenir pour exciser le polype) m'a permis d'écarter l'idée d'une tumeur kystique s'ouvrant à intervalles réguliers dans la cavité utérine. L'ablation du fibrome, qui était très compact, a fait cesser complétement l'écoulement séreux. Il s'agit donc bien, dans ces faits, d'une hydropisie utérine provoquée par la présence d'un myome des parois.

L'accroissement de cette variété de myome m'a paru beaucoup moins rapide, et les phénoménes de compression ont toujours fait défaut ; de là découle, pour ces cas, une certaine atténuation du pronostic.

35. *Recensement des populations.*

(*Compte-rendu du congrès de démographie.* — Paris, 1878.)

Contrairement à la commission internationnale, j'ai cherché à démontrer qu'il ne peut y avoir aucun avantage scientifique et beaucoup d'inconvénients à demander à chaque personne, sous prétexte de recensement de la population, à faire connaître ses opinions ou ses pratiques religieuses.

Il y a un intérêt puissant à étudier les caractères des différentes races des peuples; et un congrès spécial établi dans ce but pourrait avoir une grande utilité. Mais un changement de culte ne modifiie en rien les caractères des races.

36. *Sur l'extension de la diphthérie.*

(Congrès international d'hygiène. Paris, 1878.)

J'ai voulu, dans cette communication, appeler l'attention sur l'extension de la diphthérie. Il y a vingt ou trente ans, cette affection ne préoccupait en aucune façon l'opinion publique. Mais, depuis cette période, on est frappé de ce fait terrible que la diphthéric est devenue une peste universelle.

En 1865, il a succombé, à Paris, de la diphthérie, 945 personnes, ce qui représentait environ 2 pour 100 des décès.

En 1877, 2 393 personnes sont mortes de cette affection, ce qui fait environ 5 décès pour 100. En Amérique, j'ai noté la même situation.

Enfin, j'ai fait connaître des statistiques allemandes qui nous donnent des renseignements plus complets, parce qu'elles portent sur l'état sanitaire de 120 villes.

Du 1er avril 1877 au 1er avril 1878, le rapport des décès par la diphthérie a été aux décès de toute nature de 8, 2 pour 100 à Dantzig, de 12, 2 pour 100 à Dortmund.

J'ai cru devoir citer ces chiffres, si malheureusement éloquents, dans l'espoir qu'ils pourraient conduire les futurs organisateurs du congrès d'hygiène à se préoccuper d'une des questions les plus urgentes des temps actuels.

37. *Des névralgies symétriques chez les diabétiques.*

(Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 18 septembre 1880.)

M. Peter, au nom d'une commission nommée par l'Académie (MM. Bouchardat, Lancereaux, Peter), a déposé, dans la séance du 14 décembre 1880, le rapport suivant relatif à ce mémoire (*Bulletin de l'Académie de médecine*) :

« Il semblait que, dans la question du diabète, le clinicien, comme » le chimiste, comme aussi le physiologiste, eût dit son dernier mot; par » son intéressant travail sur les *névralgies symétriques du diabète*, » M. J. Worms vient de prouver qu'il n'en est rien et que, dans le champ » de la clinique, on trouve toujours à glaner : il suffit de savoir et de » regarder. Or, M. J. Worms montre ici qu'il sait bien et qu'il regarde » encore mieux.

« Voici les faits :

» Chez deux hommes, tous deux ayant dépassé la « cinquantaine », » M. J. Worms a observé des névralgies symétriques, une fois dans les » deux nerfs sciatiques, une autre fois dans les deux nerfs dentaires » inférieurs ; ces névralgies avaient pour principaux caractères leur » cruelle intensité et leur résistance absolue à tous les moyens rationnels » et classiques du traitement des névralgies ; mais ces névralgies avaient, » de plus et surtout, pour caractère important leur symétrie même, » c'est-à-dire leur apparition parallèle et simultanée sur deux nerfs » homologues, et aux mêmes points de ces nerfs.

» Cette symétrie dans la douleur est assez significative, en effet, pour » que M. Worms, l'ayant observée une première fois chez un diabétique » avéré, ait été, chez un second malade, et comme sur une piste, de la » douleur symétrique à la recherche, puis à la découverte d'un diabète » jusque-là méconnu.

» On voudra bien remarquer que les deux malades de M. Worms avaient » dépassé la cinquantaine, c'est-à-dire la période de la vie où l'orga- » nisme fléchit et où la décadence s'accuse, chez quelques-uns par des

» névralgies, chez d'autres par des maladies constitutionnelles. Or, les » deux malades de M. Worms n'ont pas échappé à cette loi de la décadence, à laquelle les rendait plus particulièrement tributaires leur diabète antérieur : l'un succomba à une affection organique du foie (qu'on » remarque, en passant, cette affection organique du foie qui termina la » vie de ce diabétique) ; l'autre malade mourut de cette forme de » tuberculisation pulmonaire tardive que je me suis permis d'appeler la » *tuberculisation de la cinquantaine*. Chez l'un ce furent les deux nerfs » sciatiques qui devinrent douloureux ; mais le nerf sciatique est, de par » sa longueur et de par sa situation fréquemment superficielle dans » son trajet, plus exposé qu'aucun autre aux tiraillements et au froid; » aussi, plus fréquemment qu'aucun autre, exprime-t-il par sa névralgie » l'usure organique générale : c'est « la sciatique de la cinquantaine ». » Mais cette sciatique est ordinairement unilatérale, tandis qu'elle » était bilatérale chez le malade de M. Worms. En pareil cas, nous » savions que la névralgie sciatique double est symptomatique ou d'une » lésion des centres d'origine des sciatiques, c'est-à-dire d'une affection » de la moelle, ou d'une compression des cordons nerveux, c'est-à-dire » d'une tumeur du bassin ; nous savons maintenant, grâce à M. Worms, » qu'elle peut être symptomatique d'une altération du sang créée par le » diabète.

» Ainsi, chez le premier malade de M. Worms, origine arthritique et » cinquantaine, voilà pour la sciatique spontanée (indépendamment de » toute autre cause générale) ; diabète, voilà qui vraisemblablement fit » que cette sciatique fut double. Mais pourquoi double ? Nous essayerons » de le discuter tout à l'heure.

» A soixante-trois ans, le second malade de M. Worms a sa première » hémoptysie : celui-là est un diabétique *sans le savoir;* de sorte qu'il a » deux causes pour une décadence : la soixantaine et le diabète ; la » tuberculisation tardive est la conséquence de cette double atteinte faite » à l'organisme, et l'hémoptysie l'expression de cette tuberculisation » du vieil âge.

» C'est dans ces conditions que ce malade a, lui aussi, sa névralgie

» double, mais localisée dans les nerfs dentaires cette fois. La gingivite » des diabétiques est bien connue : il n'y avait pas de gingivite. Rien » n'expliquait cette névralgie symétrique, d'une exceptionnelle vio- » lence ; rien, sinon le diabète, que chercha et que trouva M. Worms.

» Donc, diabète antérieur, volontairement dissimulé par le malade » dans le premier cas ; diabète méconnu dans le second cas ; et, par con- » séquent, diabète non traité chez les deux malades ; puis, aussitôt » soupçonnée la cause probable de ces manifestations douloureuses, » traitement du diabète et guérison de la névralgie. Évidemment, ceci » avait été causé par cela. Mais comment ?

» Par « dyscrasie », dit M. Worms, et je suis de son avis : un sang sur- » chargé de sucre pouvant entraîner une modification anatomique ou » dynamique des nerfs, au même titre que le sang chargé d'acide » urique des goutteux, ou que le sang chargé de plomb des saturnins ; » et, j'ajoute, au même titre que le sang altéré des urémiques, la » névralgie étant assez fréquente, au cas de maladie de Bright.

» Cette dyscrasie agit elle sur les centres nerveux ou sur les nerfs » (tubes ou enveloppes) ? Là est la question que pose, sans pouvoir la » résoudre actuellement, M. Worms. Le mérite était déjà grand de si- » gnaler le fait et de poser la question de pathogénie.

» Je ne doute pas, pour mon compte, que, l'attention médicale main- » tenant appelée sur les névralgies symétriques du diabète, on ne sache » désormais les voir. Il en sera d'elles comme de tant de faits morbides » à côté desquels on passait sans les regarder, et qu'on regarde une » fois signalés.

» Ce sera le mérite de M. Worms d'avoir appris à voir de plus près » certaines particularités du diabète, et à ne plus les méconnaître.

» C'est pourquoi votre Commission a l'honneur de proposer à l'Aca- » démie d'adresser des remerciements à M. Worms et de déposer très » honorablement son travail dans vos archives. » (Adopté.)

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2